

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-440689

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12291

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : BOUKDOR AMINE

Date de naissance : 10-03-1981

Adresse : Siège CASA/ANFA

Tél. : 0672667586

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/09/2023

Nom et prénom du malade : BOUKDOR AMINE

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASA

Le : 28/09/2023

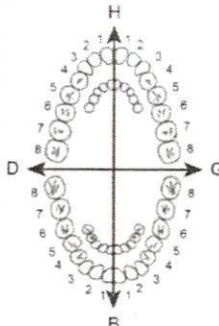
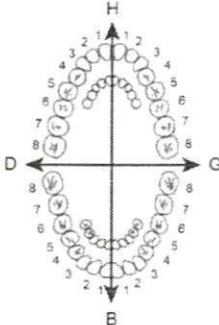
Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
28/09/23	Viste		600,00 DA	INP : 6123665

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28-09-23	299,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES																																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																																
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																																
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []																												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []																												
				MONTANTS DES SOINS []																												
				DEBUT D'EXECUTION []																												
				FIN D'EXECUTION []																												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			D				00000000	00000000			35533411	11433553			B				COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	H		G																													
	25533412	21433552																														
	00000000	00000000																														
	D																															
	00000000	00000000																														
	35533411	11433553																														
	B																															
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS []																												
				DATE DU DEVIS []																												
			DATE DE L'EXECUTION []																													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

AMBULANCE SIMPLE
 AMBULANCE MÉDICALISÉE
 VEHICULE SANITAIRE LEGER
 AMBULANCE AVION SANITAIRE
 INFIRMIERE A DOMICILE
 AIDE SOIGNANTE A DOMICILE
 CLINIQUE A DOMICILE
 CONSULTATION A DOMICILE
 CONSULTATION DE CONTRE VISITE
 ANALYSE MEDICALE
 TEST COVID
 MATERIEL MEDICAL

الإسعاف العادي
 الإسعاف الطبي
 إسعاف الطائرات الطبية
 خدمات التمريض المنزلية
 الفحص المنزلي
 إستشارة منزلية
 تحاليل طبية
 اختبار كوفيد
 معدات و مستلزمات طبية

MAYDAY

TRANSPORT SANITAIRE

06 13 34 10 01

ORDONNANCE

Casablanca le: 28/09/23

M^r AMINE Boukdour

LOT 220205 2
 EXP 01 24
 PPV 97.90 DH

9790

Cefi ken 200
 2 x 2/1

LOT : 23E004
 PER: 05 2025

ASPEGIC 1G
 SACHETS B20
 P.P.V : 61DH10
 6 118000 061076

6170

AS pegic 1000
 2 se 3/1

55.00GED

5900

Bio mylan 5000
 2 x 3 li
AP: x el samy
 2 x 3/1

7900

29300

إقامة بيدر تجزئة 11 العمارة رقم 99 المنزل رقم 7 الطابق رقم 2 عين السبع الدار البيضاء
 Res. Al Badr Lot N°11 Imm N°99 Appt 7 Etg 2 Ain Sebaa - Casablanca - Tél : 06 13 34 10 01
 Email : contact@maydayhelp.ma : البريد الالكتروني



8 032578 477337

Lot:

À consommer

avant le:

PPC: 79,00 DH

230103

01/2026

Produit de consommation
à usage domestique

AMBULANCE SIMPLE
AMBULANCE MÉDICALISÉE
VEHICULE SANITAIRE LEGER
AMBULANCE AVION SANITAIRE
INFIRMIERE A DOMICILE
AIDE SOIGNANTE A DOMICILE
CLINIQUE A DOMICILE
CONSULTATION A DOMICILE
CONSULTATION DE CONTRE VISITE
ANALYSE MEDICALE
TEST COVID
MATERIEL MEDICAL

MAYDAY
TRANSPORT SANITAIRE
06 13 34 10 01
ORDONNANCE

الإسعاف العادي
الإسعاف الطبي
إسعاف الطائرات الطبية
خدمات التمريض المنزلية
الفحص المنزلي
استشارة منزلية
تحاليل طبية
إختبار كوفيد
معدات و مستلزمات طبية

Casablanca le: 28/09/2017

NOTE D'HONORAIRES

de honoraires de la consultation
médical à domicile au profit de
M^{re} AMINE BOKDOR sur le
base de six cents (600,00DH).


Dr Tassine Agouni
Médecin Urgentiste

إقامة البدر تجزئة 11 العمارة رقم 99 المنزل رقم 7 الطابق رقم 2 عين السبع الدار البيضاء
Res. Al Badr Lot N°11 Imm N°99 Appt 7 Etg 2 Ain Sebaa - Casablanca - Tél : 06 13 34 10 01
البريد الالكتروني : Email : contact@maydayhelp.ma